



**STANOWISKO**  
**Konwentu Powiatów Województwa Świętokrzyskiego**  
z dnia 21 października 2016 roku

**w sprawie propozycji rozwiązań prawnych wprowadzających system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej**

Pozytywnie odbieramy inicjatywę resortu zdrowia zmierzającą do uporządkowania sieci podmiotów leczniczych w Polsce, w tym określenie roli szpitali prowadzonych przez samorządy terytorialne.

Wskazujemy jednakże, że proponowane zmiany w systemie ochrony zdrowia nie powinny prowadzić do ograniczania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, oraz obciążać samorządy dodatkowymi zadaniami, bez zagwarantowania na ich realizację środków finansowych. Zmiany nie powinny również pogłębiać i tak już bardzo trudnej sytuacji ekonomicznej szpitali.

Niestety zagrożenia takie niosą niektóre z propozycji zawartych w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projekcie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy system zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów.

Kluczowe dla samorządów powiatowych są propozycje podziału szpitali na 6 poziomów. Aktualne rozwiązania przedstawione w projekcie ustawy i rozporządzenia, spowodują zmarginalizowanie szpitali powiatowych posiadających potencjał większy niż podstawowe oddziały przewidziane dla I lub II poziomu szpitali. Na prowadzenie tych dodatkowych oddziałów, szpitale mogą, ale nie muszą otrzymać środki finansowe, a tym samym część spośród nich może zostać zamknięta. W efekcie pojawi się wiele negatywnych zjawisk: pogorszy się dostępność terytorialna do usług medycznych, niewykorzystana będzie część infrastruktury szpitalnej oraz zwiększy się poziom bezrobocia.

Kolejnym problemem pojawiającym się dla prawidłowego zabezpieczenia medycznego mieszkańców jest przypadek, gdy żaden ze świadczeniodawców w danym powiecie nie spełnia kryteriów do zaliczenia do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (nie jest spełniony wymóg, co najmniej 2 profili dla poziomu szpitali I stopnia). Proponujemy zapis w ustawie o wymogu zaliczenia, co najmniej jednego świadczeniodawcy na terenie powiatu do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej pomimo niespełnienia wymogu 2 profili.

Negatywnie oceniamy także propozycję zastąpienia procesu kontraktowania usług zdrowotnych budżetowaniem w podstawowych zakresach świadczeń zdrowotnych. Rozwiązanie to, obowiązujące do roku 1999, nie sprawdziło się w przeszłości i nie wpłynęło na efektywność ekonomiczną systemu ochrony zdrowia, na jakość i dostępność do usług medycznych.

Wprowadzenie ryczałtów dla szpitali oraz likwidacja instytucji świadczeń ponadlimitowych, wiązać się będzie z wydłużeniem kolejek pacjentów do świadczeń hospitalizacji planowej. Nie mając, bowiem gwarancji otrzymania wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad wysokość ryczałtu dla szpitala, zarządzający nim ograniczać będą zabiegi planowane, na rzecz świadczeń ratujących życie i zdrowie.

Zwracamy także uwagę, że w sytuacji, kiedy popyt na usługi medyczne znacząco przewyższa ofertę usług opłacaną przez płatnika publicznego, sztywne ustalenie wysokości ryczałtu dla szpitali, spowodować może negatywne zjawisko pogarszania się jakości usług. Świadczeniodawcy nie będą musieli, bowiem konkurować o pacjenta poprzez oferowanie wysokiej jakości usług.

Inną kwestią jest też wysokość ryczałtu dla szpitala. Nie od zaakceptowania jest propozycja, aby w 2017 roku była to wyłącznie kwota ustalona historycznie w wysokości wynikającej z wykonanych świadczeń w 2015 roku. Rozwiązanie takie bezpośrednio wpłynie negatywnie na sytuację ekonomiczną szpitali, a w dalszej konsekwencji także prowadzących je samorządów terytorialnych.

Naszym zdaniem, korekty w projekcie wymaga także kwestia zapewnienia bezpieczeństwa projektów unijnych wdrażanych w podmiotach leczniczych, które mogłyby w wyniku wprowadzanych zmian utracić kontrakt z narodowym płatnikiem. W tym zakresie negatywne doświadczenia samorządów terytorialnych z minionych lat, dotyczące ratownictwa medycznego, winny stanowić podstawę do podjęcia działań zapobiegających przed podobnymi zdarzeniami w przyszłości.

Pozytywnie oceniając łączenie płatności za leczenie szpitalne i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i opiekę świąteczno – nocną, postulujemy także o poszerzenie tego zakresu o usługi z zakresu rehabilitacji, co w jeszcze większym stopniu pozwoliłoby zoptymalizować wydatki na leczenie pacjenta. Rozwiązanie takie przewidywał resort zdrowia w koncepcji Narodowej Służby Zdrowia.

**Przewodniczący Konwentu  
Powiatów Województwa Świętokrzyskiego**

**Edmund Kaczmarek**